Beiträge zur Kenntnis der Pityriasis rosea

Nach Beobachtungen der Berliner Universitäts-Hautklinik
vom 1. April 1919 — 1. April 1925

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der

Medizinischen Doktorwürde

an der

Friedrich-Wilhelms-Universität
zu Berlin

vorgelegt von

Werner Feske
aus Saalfeld

Tag der Promotion: 16. Oktober 1926

Gebrüder Hoffmann, Charlottenburg, Schillerstr. 44

92

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

Dekan: Prof. Dr. Arndt

Referent: Prof. Dr. Arndt

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Die Unterlagen, dieser Abhandlung über „Pityriasis rosea Gibert“ zu Grunde liegen, sind aus den Tagebüchern der Berliner Universitäts-Hautklinik gewonnen und zwar der Poliklinik, da diese Krankheit ihrem Charakter entsprechend ambulant behandelt zu werden pflegt. Die dabei verwendeten Angaben sind im ersten Beobachtungsjahr (April 1919 bis April 1920) unzulänglich und vielfach spärlich, was ja zum Teil durch die Verhältnisse der Nachrevolutionszeit bedingt ist. Für die späteren Beobachtungsjahre sind die Angaben besser verwertbar.

Die Pityriasis rosea wird hier als Krankheit sui generis aufgefaßt, wie Gibert sie zum ersten Male in seinem Buche: „Traite pratique des maladies de la peau“ im Jahre 1860 beschrieben hat.

Meine Abhandlung umfaßt sämtliche in der Zeit vom 1. April 1919 bis 1. April 1925, also in 6 Jahren, in der Poliklinik der Universitäts-Hautklinik Berlin behandelten Pityriasis rosea Erkrankungen. Die Zahl dieser Fälle beträgt 647.

Die Männerabteilung der Poliklinik hatte in den 6 Jahren 62 662 Zugänge, von denen 189 Männer und 57 Knaben unter dem 15. Lebensjahre an Pityriasis rosea erkrankt waren. Das waren also 0,4 % der gesamten Zugänge.

Die Frauenabteilung der Poliklinik hatte in den 6 Jahren insgesamt 65 500 Zugänge. Hiervon waren 310 Frauen und 91 Mädchen unter dem 15. Lebensjahre an Pityriasis rosea erkrankt. Demnach kamen 0,6 % der Zugänge auf der Hautfrauenstation wegen Pityriasis rosea zur Behandlung.

In gleichem Zeitraum trat also bei fast gleicher Patientenanzahl die Erkrankung an Pytyriasis rosea beim weiblichen Geschlecht viel häufiger auf als beim männlichen. Zahlenmäßig berechnet ist Pityriasis rosea beim weiblichen Geschlecht etwa $1^1/_2$ mal so oft festzustellen gewesen als beim männlichen. Dieser Multiplikationsfaktor gilt sowohl für Erwachsene als auch für

Kinder, so daß auch Mädchen ca. $1^1/_2$ mal so häufig als Knaben von der Gibertschen Erkrankung befallen wurden.

Blaschko erwähnt, daß die Pityriasis rosea besonders häufig in Berlin und Breslau vorkommt. Falls die Angabe Blaschko's ein Hinweis dafür sein sollte, daß in Großstädten Pityriasis rosea häufiger ist als in mehr ländlichen Bezirken, so kann ich an Hand meines Materials auf die Tatsache hinweisen, daß von unseren an Pityriasis rosea erkrankten Patienten 80 % aus der Großstadt Berlin waren, während 20 % ihren Wohnsitz in Orten mit mehr ländlichem Charakter hatten.

Was nun die Häufigkeit des Auftretens der Pityriasis rosea in den verschiedenen Jahren anbelangt, so ist hierüber aus der im Folgenden gegebenen Tabelle eine Uebersicht zu gewinnen

Zeit	Gesamt-zugänge	Pityriasis rosea Erkrankungen	% d. Gesamt-zugänge
April 1919—April 20	20 169	93	0,46 %
April 1920—April 21	28 960	99	0,34 %
April 1921—April 22	20 456	109	0,53 %
April 1922—April 23	18 309	85	0,46 %
April 1923—April 24	19 586	107	0,54 %
April 1924—April 25	20 683	154	0,74 %

Davon fielen in den entsprechenden Jahren auf

Männer-zugänge	Pityrias. ros. Erkrankungen	%	Frauen-zugänge	Pityr. ros. Erkrkank.	%
10 157	35	0,3	10 012	58	0,6
13 499	40	0,3	15 462	59	0,4
9 791	38	0,4	10 665	71	0,66
9 270	35	0,4	9 039	50	0,55
9 278	31	0,3	10 308	76	0,7
10 667	67	0,66	10016	87	0,9

Demnach wies das Beobachtungsjahr vom April 1920 zum April 1921 die geringste Zahl an Pityriasis rosea Erkrankungen auf, nämlich nur 0,34 % der Gesamtzugänge, während im letzten Jahre der Beobachtungszeit die relativ höchste Zahl von Gibertscher Erkrankung festzustellen war. Dies ist wohl weniger auf

eine wirkliche Vermehrung der Pityriasis rosea-Fälle zurückzuführen als vielmehr auf eine bessere diagnostische Erfassung der Einzelfälle. Weiterhin ersieht man aus der Tabelle, daß in den verschiedenen Jahren stets ungefähr $1^1/_2$mal soviel Frauen wie Männer an Pityriasis rosea erkrankten.

Gibert und Lassar weisen darauf hin, daß die Krankheit in bestimmten Jahreszeiten häufiger ist als in den anderen, ohne diese Angaben zahlenmäßig zu belegen. Bei der Nachprüfung, ob in der Tat eine jahreszeitliche Schwankung im Auftreten der Pityriasis rosea festzustellen ist, konnte ich finden, daß die Pityriasis rosea in den einzelnen Jahreszeiten verschieden häufig auftritt. Uebersichtlich geht dies aus der folgenden Tabelle hervor. Bei der Zusammenstellung habe ich, um die Einfachheit mit der Genauigkeit zu verbinden, den Frühling vom 1. April bis zum 30. Juni, den Sommer vom 1. Juli bis zum 30. September, den Herbst vom 1. Oktober bis zum 31. Dezember und den Winter vom 1. Januar bis zum 31. März gerechnet.

Gesamtz. d. Erkrankung.	Frühling	Sommer	Herbst	Winter
	164	149	180	154
Männer	45	40	54	50
Frauen	77	81	87	64
Knaben	12	12	17	16
Mädchen	30	16	22	24

Demnach ist also Pityriasis rosea am seltensten im Sommer und am häufigsten im Herbst beobachtet worden. Berücksichtigt man dabei die Häufigkeit des Auftretens der Erkrankung in den verschiedenen Monaten, so wurden nach den Aufzeichnungen die meisten Fälle im Oktober gesehen. Immerhin muß aber hervorgehoben werden, daß die jahreszeitliche Schwankung beim Auftreten der Pityriasis rosea keine allzu große Rolle spielt.

Das Lebensalter, in dem die Patienten von der Krankheit befallen werden, ist sehr verschieden. Zur genauen Uebersicht diene Statistik III.

Statistik III.

Lebensalter Jahr	Männer	Frauen
1.—5.	1	8
6.—10.	2	60
11.—15.	17	70
16.—20.	29	39
21.—25.	24	78
26.—30.	40	59
31.—35.	28	53
36.—40.	29	35
41.—50.	26	22
51.—60.	10	10
über 61	4	2

Besonders sei darauf hingewiesen, daß die Pityriasis rosea von uns am häufigsten im 3. Lebensjahrzehnt beobachtet wurde. Bei den männlichen Patienten konnten wir in der zweitem Hälfte und bei den weiblichen in der ersten Hälfte des 3. Lebensjahrzehnts am häufigsten die Entwicklung der Erkrankung feststellen. Das jüngste erkrankte Kind war ein $1^1/_2$ Jahre altes Mädchen, der älteste Patient war ein 75-jähriger Rentner. Der jüngste Knabe war $3^1/_2$ Jahre alt, die älteste Patientin eine 66-jährige Frau. Nach dem 50. Lebensjahr wird das Auftreten der Pityriasis rosea immer seltener. Beim männlichen Geschlecht kam in den ersten 10 Lebensjahren die Erkrankung nur in wenigen Fällen zur Beobachtung. Im zweiten Lebensjahrfünft besteht bei unserem Material eine ganz auffällige Differenz in der Häufigkeit des Auftretens der Pityriasis rosea bei den beiden Geschlechtern. Bemerkenswert istd ie relative Seltenheit der Pityriasis rosea in den ersten Lebensjahren, was gerade nicht für die Gibert'sche Anschauung spricht, daß die Individuen mit zarter und weicher Haut am empfänglichsten für Pityriasis rosea seien, während ja das viel häufigere Befallenwerden des weiblichen Geschlechts für diese Anschauung spricht.

In der sich mit Pityriasis rosea befassenden Literatur wird zuweilen darauf hingewiesen, daß Pityriasis rosea in den ersten 5 Lebensjahren sehr selten ist. Die bei unserer Zusammenstellung erfaßten weiblichen Patienten unter 5 Jahren waren einmal $1^1/_2$ Jahre, einmal $2^1/_2$ Jahre, zweimal 3 Jahre und viermal 4 Jahre alt. Die Patientinnen über 60 Jahre waren 69 und 66 Jahre

alt, die Patienten über 60 Jahre waren 62 Jahre, 68, 69 und 75 Jahre alt.

Was den Beruf der Erkrankten angeht, so finden wir keine berufliche Bevorzugung. Das zeigt das gemischte Material der Poliklinik, die Träger aller Berufe aufsuchen, und die freundlichst zur Verfügung gestellten Krankengeschichten des Herrn Professor Arndt aus seiner Privatpraxis. Daß Kaufleute oder Angestellte aus der Konfektion oder Wollwarenbranche, in Berlin sehr weit verbreitete Berufszweige, ganz besonders häufig ergriffen wurden, konnte ich nicht feststellen. Auffällig erscheint dagegen, daß Leute, die viel auf Reisen sind, verhältnismäßig einen hohen Prozentsatz der Pityriasis rosea Patienten einnehmen. Reisende, Schofföre, Kutscher, Händler springen ganz ungewöhnlich gegenüber anderen Berufsständen ins Auge. Verheiratete und unverheiratete Frauen werden gleichoft von der Krankheit befallen.

Wenn man die anamnestischen Angaben der Patienten nach prädisponierenden Momenten untersucht, die nach den heutigen Vorstellungen über die Pathogenese der Pityriasis rosea Beziehungen zur Pathogenese dieser Erkrankung aufweisen, so kommt man zu sehr verschiedenen Resultaten. Die meisten Patienten können überhaupt nichts angeben, das irgendwie als prädisponierendes Moment für den Ausbruch der Pityriasis rosea gewertet werden kann. Lassar nahm als erster an, daß frische neue, ungewaschene Wäsche aus Wolle oder Baumwolle oder lange im Schrank aufbewahrte, vor dem Anziehen nicht frisch gewaschene Wäsche den Erreger dieser Hautveränderung enthalte, oder zur Entwickelung des Erregers auf dem Körper des Patienten eine Disposition schaffe. Von den 647 Patienten gaben hie und da einige spontan an, daß sie nach dem Anlegen eines neu gekauften, ungeawschenen Hemdes das Auftreten der Krankheit beobachtet hätten; von 211 Patienten*, die danach gefragt wurden, ob sie kurze Zeit vor Auftreten des Ausschlages neu gekaufte, ungewaschene Hemden oder andere neu gekaufte ungewaschene Kleidungsstücke angelegt hätten, bejahten 70 Patienten die Frage mit

* Ein Teil des Gesamtmaterials war leider mangels Ausreichender Notizen für die Beurteilung dieser Frage nicht zu verwenden.

Bestimmtheit. Einige von diesen machten ferner die Mitteilung, daß sich die Hautveränderungen verschlimmert hätten, als sie nach einer Frist noch einmal das neue Kleidungsstück angelegt hatten. Meist waren es neu gekaufte Hemden, nach deren Anlegen die Pityriasis rosea auftrat, aber es werden die verschiedenartigsten Kleidungsstücke angegeben, wie: neu gekaufte Wollstrümpfe, wollene Blusen, ein wollenes Trikot, eine wollene Jacke, eine neue Strickjacke, über Sommer gelagerte Wollwäsche, neues Wollkleid, neue Unterweste, neues Sporthemd, neuer Jumper, neue Handschuhe, neuer Badeanzug, neuer Baumwollschlüpfer einer Frau, neues Nesselhemd, neues Leinenbeinkleid, neues Baumwollkleid, Gebrauch eines neuen Handtuches nach dem Baden, Benutzung von neuer ungewaschener Bettwäsche.

Diesen 70 Patienten steht die doppelte Anzahl, nämlich 141, gegenüber, die ausdrücklich und mit Bestimmtheit verneinten, kurz vor dem Ausbruch oder überhaupt in der letzten Zeit neu gekaufte Wäsche oder andere neue Kleidungsstücke getragen zu haben. Nach dieser Zusammenstellung haben unsere Pityriasis rosea Patienten in 33 % vor Ausbruch der Erkrankung neue Wäsche getragen. An und für sich erscheint es in Anbetracht dieser Prozentzahl auffällig, daß dem Ausbruch der Pityriasis rosea häufig das Anlegen eines neu gekauften Wäschestückes vorangegangen ist. Man wird danach leicht versucht sein, anzunehmen, daß irgendwelche Beziehungen zwischen dem Anlegen eines neuen Bekleidungsstückes und dem Ausbruch der Pityriasis rosea bestehen. Bei der Nachprüfung über den Wert dieser Annahme habe ich, auf Veranlassung von Herrn Professor Arndt, anhand einer größeren Anzahl von Patienten, die die Poliklinik aufsuchten, versucht, einmal festzustellen, wieviel Hautkranke vor Ausbruch ihrer Hauterkrankung ein neu gekauftes ungewaschenes Wäschestück angelegt hatten. Es ergab sich dabei die auffällige Tatsache, daß ca. 15 % aller Hautkranken vor Ausbruch ihrer Erkrankung ein neues Wäschestück oder sonstiges neu gekauftes Bekleidungsstück getragen haben.

Bei einem kleineren Teil von Patienten finden sich andere anamnestische Angaben, die man als prädisponierendes Moment bei Pityriosis rosea anzusehen pflegt. So wurde in 16 Fällen angegeben, daß seelische Erregung oder eine Schreckeinwirkung

dem Ausbruch der Krankheit vorausgegangen sei. Diese Gemütserschütterungen waren ausgelöst worden durch Tod oder Erkrankungen von Angehörigen, weiterhin durch traumatische Einflüsse (Fall, Sturz), ferner durch Aufregung im Wirtschaftsleben und durch Psychosen bei Patienten der Nervenklinik. Eine Frau in jüngeren Jahren gab sogar spontan an, daß sie dieselbe Erkrankung schon einmal vor 2 Jahren gehabt hätte, und damals wie jetzt sei die Erkrankung im Anschluß an stärkere seelische Erregung zum Ausbruch gekommen.

In 8 Fällen wurde das Entstehen der Pityriasis rosea in Beziehung gebracht mit warmen Bädern. Die Patienten hatten teils in den städtischen Schwimmbädern gebadet, teils Sitz- oder Wannenbäder genommen.

Von 3 Patienten wurde die Krankheit in Zusammenhang gebracht mit vorausgegangenem starkem Schweißausbruch, der ausgelöst worden war durch körperliche Anstrengung, durch Schwitzpackung und durch Lichtbäder.

In 5 Fällen soll Pityriasis rosea im Anschluß an Erkältungs- und Infektionskrankheiten zur Entwicklung gekommen sein; so trat die Krankheit nach Grippe, Scharlach bei einer Erwachsenen, nach Mumps und zweimal nach Anginen mit hohem Fieber und Schüttelfrost auf. Bei derartigen Angaben bleibt die Frage offen, ob nicht irgendwelche therapeutische Maßnahmen, die während der stattgehabten Erkrankung durchgeführt wurden, sei es Verabfolgung von Medikamenten, seien es Umschläge, prädisponierend für den Ausbruch der Pityriasis rosea verantwortlich zu machen sind. Nach dieser Richtung hin angestellte Nachforschungen blieben erfolglos.

5 Patienten brachten den Ausschlag in Beziehung mit einer Magenverstimmung und Magendarmkatarrh, der bei allen nach Genuß von Seefisch aufgetreten war.

Bei einer 38 Jahre alten Frau und einem 7-jährigen Kinde bestand vor dem Ausbruch des Ausschlages eine hartnäckige Verstopfung, die als prädisponierendes Moment angegeben wurde.

Ferner gaben 13 Patienten an, daß die Hautveränderungen nach Gebrauch von Arzneien aufgetreten seien. Davon brachten 7 Patienten die Krankheit in Beziehung zu Arsenkuren. Arsen war bei diesen Patienten auf die verschiedenste Art verabfolgt

worden. Ein Patient hatte vor Ausbruch der Pityriasis rosea viel Aspirin und Pyramidon eingenommen. Ein tuberkulöser Patient, der eine Tuberkulinkur machte, reagierte auf die Dosis 4/1 000 000 mit Fieber und Ausschlag (Pityriasis rosea). Die übrigen 4 Patienten hatten ihre Haut kurz vor Ausbruch der Pityriasis rosea mit Salben gegen andere bestehende Affektionen wie Krätze, Filzläuse und Ekzem, eingerieben.

Einmal war die Erkrankung zur Entwicklung gekommen nach Röntgenbestrahlung, die wegen einer anderen Hautveränderung bei dem Patienten ausgeführt worden war. In einem Falle soll einige Stunden nach Röntgenbestrahlung der beiden Plaques primitives eine Generalisierung der Erkrankung erfolgt sein.

Im letzten Beobachtungsjahr war es Herrn Professor Arndt aufgefallen, daß häufig die Erkrankung auf Genuß von ungekochter Milch zurückgeführt wurde. Bei der Nachprüfung dieser Angaben konnte ich feststellen, daß von 30 Pityriasis rosea Patienten 10 vor dem Auftreten ihrer Erkrankung rohe Milch genossen hatten.

Nicht befriedigend ist die Ausbeute der Anamnese nach den Richtungen hin, wie lange die Pityriasis rosea bei dem Eintritt in die Klinik bereits bestanden habe, wie sich das Exanthem in den Einzelfällen in seinen einzelnen Verlaufsphasen entwickelt habe, und ob dem Auftreten des generalisierten Exanthems eine Primärplaque vorausgegangen sei.

Bestimmte Angaben über die Dauer des Bestehens des Ausschlags beim Eintritt in die Klinik können oft nicht gemacht werden, meist erfahren wir, daß der Ausschlag seit einigen Tagen einigen Wochen oder hie und da auch seit einigen Monaten besteht. So finden wir die Mitteilung, daß die Hautveränderungen schon 8 Tage bestehen bei 150 Patienten, 10 Tage bei 27 Patienten, 14 Tage bei 112, 91 Patienten suchten die Klinik erst auf, nachdem sie das Bestehen der Hauteffloreszenzen schon 3—5 Wochen beobachtet hatten. 12 Patienten gaben sogar an, daß die Krankheitserscheinungen schon 1—2 Monate oder 3 Monate vorhanden seien. Ein Patient machte die Angabe, daß die Erkrankung ein halbes Jahr bestehe, wieder ein anderer will seine Erkrankung seit einem Jahr bemerkt haben, und in einem Falle wurde sogar auf das Bestimmteste behauptet, daß die Erkrankung

schon 2 Jahre hindurch bestehe. Derartige Fälle wären als chronisch verlaufende Form der Pityriasis rosea aufzufassen; schon Besnier und Doyon haben ja berichtet, daß die Erkrankung mehrere Jahre bestehen kann. Andererseits haben wir bei etwa 100 Kranken, die sich anscheinend recht gut selbst beobachteten, und bei denen die Erkrankung beim Beginne der Beobachtung sich schon über größere Körperteile erstreckte, die bestimmte Angabe, daß das Leiden erst seit 1,2 oder 3 Tagen in seinen Anfängen bestehe. Derartige Fälle, sind also als akut sich ausbreitende Krankheitsfälle anzusprechen.

Bei 130 Fällen konnte das Bestehen einer Primärplaque festgestellt werden. Demnach wäre in 20 % der Fälle, berechnet auf 647 Fälle, eine Primärplaque bei Pityriasis rosea vorhanden. Es muß aber darauf hingewiesen werden, daß gerade die Angaben über das Vorhandensein einer Primärplaque in den ersten Beobachtungsjahren, die unserer Zusammenstellung zugrunde liegen, lückenhaft sind.

Zunächst einige Angaben über den Sitz der Primärplaque, die auch Plaque primitive oder intiale genannt wird. Dabei ist hervorzuheben, daß in 8 Fällen multiple Primärplaques und zwar stets 2 Plaques initiales aufgetreten waren. Aus der folgenden Tabelle ist nun zu ersehen, wie häufig sich die Primärplaque an den einzelnen Körperstellen lokalisierte. Außerdem finden sich in dieser Tabelle Angaben über besonders erwähnenswerte Formen und Größenverhältnisse der beobachteten Plaques initiales.

Die Plaque primitive bestand bei (Zahl der Patienten) in der

Körperregion	Zahl d. Pat.		Besondere Bemerkungen
Brust	33		P. p. von der Größe eines 5 M-Stückes
in d. Umgebung der Mamille			auf der Mamma. — typ. Medaillonform in der Gegend d. 4. Rippe. — Durchm. 5:2 cm unterhalb d. Mamma.
	26		Durchm. 7:4 cm. — 2 Fälle m. multiplen Primärplaques
Nähe der Clavicula		7	Größe eines 1 M-Stückes.
Rücken	24	8	Alle v. d. Patienten nicht bemerkt worden.
i. d. Schultergegend		9	Zweimal multiple Plaques initiales medaillonförmig u. typisch abgeblaßt. — Durchm. 4:2 cm. — Durchm. 3:2 cm. Durchm. 1,5:0,5 cm. — multiple Primärplaques in einer Achselhöhle. —
i. d. Lendengegend		7	P. p. en Größe eines 5 M-Stückes.
Bauch	12		P. p. in 2 M-Stückgröße. — Unter d. Nabel i. Größe eines Talers
Oberschenkel, ob. Drittel	16		Mehrmals in 2 M-Stückgröße. — 10 Pf.-Stückgröße. — In einem Fall multiple Plaques pr.
Oberarm	11		10 Pf.-Stückgröße. — Typisches Medaillon v. 1 cm Durchmesser — Multiple je 1 P. p. an jedem Arm.
Hals	12		In 2 Fällen multiple Primärplaques.
Unterarm	3		
Hand	2		Durchm. 5:2 cm. — einmal nach Tragen von neuen Handschuhen
Unterschenkel	2		In einem Falle multiple Primärplaques, je einer an jedem Unterschenkel.
Leistenbeuge	4		Durchm. 3:2 cm.
Achselhöhle	1		
weibl. Genitale	1		
Stirne	1		
Schläfe	1		

Hierbei ist darauf hinzuweisen, daß entsprechend der gewöhnlichen Ausbreitung der Pityriasis rosea auch der Sitz der Plaque primitive am häufigsten an einem Körperteil des Stammes beobachtet wird. Bemerkenswert ist besonders der verhältnismäßig häufige Sitz der Primärplaque bei unserem Material am Halse. Soweit ich die Literatur übersehen kann, ist diese Körperstelle bisher fast niemals als Sitz der Primärplaque erwähnt worden; von manchen Autoren ist sogar bestritten worden, daß diese Körperstelle überhaupt als Sitz der Primärplaque in Frage komme. Besonders hinzuweisen ist auf das Vorkommen der Primärplaque an den distalen Anteilen der Extremitäten. So sahen wir Primärplaques an der Hand, am Knie, am Unterschenkel, am Ellbogen und am Unterarm. Zweimal konnte auch eine Primärplaque am Kopf und zwar einmal an der Stirn und einmal an der Schläfe festgestellt werden. Hervorzuheben ist ferner noch die einmalige Beobachtung des Sitzes der Primärplaque an dem weiblichen Genitale.

Außer diesen in 125 Fällen beobachteten Primärplaques machten in einer Reihe von 6 Fällen anamnestisch zuverlässige Patienten, bei denen bei Eintritt in die Behandlung eine Primärplaque nicht mehr festgestellt werden konnte, die bestimmte Angabe, daß der Generalisierung ihrer jetzt vorhandenen Pityriasis rosea einige Tage vorher eine Primärplaque vorausgegangen sei.

Nach dieser Zusammenstellung ist häufig eine Primärplaque vorhanden. Zuverlässige Zahlen darüber, wie oft eine Primärplaque vorhanden ist, lassen sich aber nicht geben, da die Aufzeichnungen des Gesamtmaterials in dieser Beziehung nicht einheitlich gut geführt sind. Daß es daneben aber auch Fälle gibt, in denen eine Primärplaque nicht nur nicht beobachtet, sondern überhaupt nicht vorhanden war, dafür sprechen Beobachtungen die in 26 Fälleng emacht wurden. Diese Fälle, die entsprechend ihrer schnellen Generalisierung als akute angesehen werden können, suchten spätestens am 5. Tage nach Entwickelung der ersten Krankheitserscheinungen die Klinik auf. Die Kranken kamen in Beobachtung mit einem generalisierten Exanthem, dessen Efflorescenzen in Gestalt, Aussehen und Größe ziemlich gleich waren, und bei denen die Einzelefflorenzen auch alle das ziemlich gleiche Entwicklungsstadium aufwiesen. Dabei war aber bei

diesen Fällen kein Gebilde auffindbar, das als Primärplaque hätte angesprochen werden können. Daß die Primärplaque in diesen Fällen sich schon vollkommen zurückgebildet hatte, ist wohl bei dem kurzen erst höchstens fünftägigen Bestehen der Krankheitserscheinungen nicht anzunehmen. Dabei ist noch hervorzuheben, daß diese Kranken selbst die bestimmten anamnestischen Angaben machten, keine Efflorescenzen beobachtet zu haben, die als Primärplaques gedeutet werden konnten, sondern stets angaben, daß der ganze Schub der Efflorescenzen auf einmal aufgetreten sei.

Was nun die Zeit anbelangt, die zwischen dem Auftreten der Primärplaque und der Generalisierung des Exanthems im allgemeinen verstreicht, so ist das Verhalten ein verschiedenes. Angaben hierüber finden sich auch nur in einem Teil der Gesamtfälle. Einmal kann es so sein, daß von vornherein bald nach Auftreten der Primärplaque immer wieder reichliche Schübe der rosafarbenen Efflorescenzen auftreten. In 85 Fällen wurden Angaben über ein derartiges Verhalten gemacht Diesen 85 Fällen stehen 30 gegenüber, bei denen zwischen dem Erscheinen der Primärplaque und der Generalisierung eine gewisse Zeit verstrich, die von den Patienten genau beobachtet wurde. Diese Zwischenzeit ist verschieden lang, sie schwankt zwischen $^1/_2$ Tag und 4 Wochen. Am häufigsten wird als Zwischenzeit die Zeit von 1 Woche oder 2 Wochen angegeben. In einem Falle wird dies Intervall mit 8 Monaten angegeben, die Primärplaque hatte hier 8 Monate allein am Bauch bestanden, darauf erfolgte im Verlauf von 14 Tagen eine Aussaat des Exanthems auf die anderen Körperteile. Die Uebersicht ergibt also eine außerordentlich verschiedene Zeitdauer der Zwischenzeit, was aus der folgenden Tabelle ersichtlich ist.

Zeitdauer	$^1/_2$ Tag	1 Tag	2 Tage	3 Tage	4 Tage	5 Tage
Zahl d. Fälle	1	3	1	2	1	2

Zeitdauer	8 Tage	2 Wochen	17 Tage	3 Wochen	4 Wochen
Zahl d. Fälle	6	6	1	4	1

Zeitdauer	$5^1/_2$ Woche
Zahl d. Fälle	1

Erwähnenswert sind nun 4 Fälle, bei denen als einziges Symptom der Pityriasis rosea ein als Primärplaque aufzufassendes Ge-

bilde festzustellen war. Bei diesen Patienten erfolgte im Verlauf der Behandlung keine Generalisierung des Exanthems. Bei Eintritt in die Behandlung bestand die Plaque primitive bei einem Patienten 2 Wochen lang, bei einem 3 Wochen, bei einem 4 Wochen, und ein Patient konnte die Zeit des Bestehens der Primärplaque nicht genau angeben.

Die von uns als Primärplaques aufgefaßten Efflorescenzen fallen meist entweder als ein mehr unregelmäßiger, großer schuppender Erythemherd oder als ein sogenanntes Medaillon auf. Die Größe der Primärplaque schwankt im allgemeinen zwischen dem Umfang einer Linse und eines Handtellers. Nicht immer verläuft ihr Längsdurchmesser in der Spaltrichtung der Haut. Sie ist immer erythematös schuppend, ziemlich scharf begrenzt und hat zuweilen mehr oder minder urticariellen Charakter. In diesen Fällen springt die Primärplaque als plattenförmiges, ödematöses Gebilde über das Niveau der umgebenden Haut hervor. Zuweilen besteht auch eine stärkere Akuität der Entzündungserscheinungen als im allgemeinen in der Literatur erwähnt wird, die Primärplaque hat dann einen mehr eccematösen Charakter und ist mit Krusten bedeckt. Hervorzukehren ist, daß längere Zeit hindurch bestehende Primärplaques zuweilen unter Hinterlassung einer deutlich wahrnehmbaren Pigmentierung abheilen. Im übrigen stimmen unsere Beobachtungen überein mit den in der Literatur niedergelegten morphologischen Befunden.

Wie bei vielen Hautkrankheiten, so werden auch bei der Ausbreitung der Pityriasis rosea ganz bestimmte Körperregionen bevorzugt. Die typische Lokalisation für die Pityriasis rosea sind der Stamm und die oberen Drittel der Extremitäten. Davon abweichend werden aber in einer nicht unbeträchtlichen Anzahl von Fällen auch andere Körperregionen befallen. Wie häufig bei der Pityriasis rosea eine atypische Lokalisation entweder allein oder neben einer typischen Ausbreitung vorkommt, darüber soll die in Tabelle VI gegebene Uebersicht Auskunft geben. Vorausschicken will ich, daß nur in 300 Krankengeschichten der von mir gesammelten Fälle genaue Angaben über die Lokalisation der Pityriasis rosea Efflorescenzen vorhanden sind.

Kopf 32	Gesicht 25
Unterarm 40	Unterschenkel 32
Genitale 9	Fuß 4
behaarter Kopf 7	typ. Lokalisation 285
Hals 60	Leistenbeuge 14
Hand 7	Achselhöhle7

Aus dieser Zusammenstellung geht hervor, daß in der Hauptsache doch immer wieder Stamm und oberes Drittel der Extremitäten beallen werden. Hervorzukehren ist, daß in einer großen Anzahl von Fällen die Aussaat der Efflorescenzen auch am Unterarm und Unterschenkel vorhanden war. Besonders zu bemerken ist die in den oben erwähnten Fällen erfolgte Lokalisation der Erkrankung an Hand und Fuß; ichkonnte die Lokalisation der Pityriasis rosea Efflorescenzen am Fuß in der Literatur nicht erwähnt finden. Interessant ist vielleicht noch, daß auch in der Achselhöhle sich hie und da typische Pityriasis rosea Herde fanden. Darauf hinzuweisen ist dann weiterhin, daß immer wieder einmal eine Ausbreitung der Pityriasis rosea am Genitale beobachtet wird. Dabei findet man dann bei Männern sowohl am Scrotum wie auf dem Penisschaft typische Pityriasis rosea Efflorescenzen. In einzelnen Fällen wurden auch bei Frauen auf der großen Schamlippe Pityriasis rosea Efflorescenzen gesehen. Ganz besonders sei noch erwähnt, daß vielleicht häufiger, als allgemein angenommen wird, sich die Pityriasis rosea am Halse auszubreiten pflegt, und daß garnicht so selten behaarte und unbehaarte Teile des Kopfes die Lokalisation für Pityriasis rosea Efflorescenzen abgeben können. In der Regel finden sich bei ein und demselben Kranken Efflorescenzen verschiedener Größe und Form Nur verhältnismäßig selten herrscht ein Efflorescenzentyp von größerer Ausdehnung des Einzelherdes vor. So sind nur 26 Fälle verzeichnet, bei denen fast ausschließlich Medaillonformen vorhanden waren. Nur in 3 Fällen wurden Krankheitsherde beobachtet, die eine Ausdehnung von Handflächengröße unddarüber aufwiesen.

Bei der Mehrzahl der Fälle sind unregelmäßige, rundliche, fleckförmige Efflorescenzen von Linsen- bis Münzengröße beschrieben, neben denen dann vielfach mehr oder minder zahlreiche sogenannte Medaillons vorkamen. Häufiger als vielfach

sonst in der Literatur geschildert wird, fand ich unter meinen Fällen das Vorhandensein von punktförmigen, miliaren, schuppenden Fleckchen. Hie und da hatten diese miliaren Gebilde knötchenartigen Charakter. Die einzelnen kleinfleckigen Erytheme waren in einzelnen Fällen in dichter Aussaat vorhanden, so daß ein morbilliformes Aussehen des Krankheitsbildes bestand. Einmal kam es auch zur Confluenz der Erytheme und damit zur Entwicklung eines skarlatiniformen Krankheitsbildes. Selten nur wiesen die Krankheitsherde ringförmige Anordnung auf. Besonders erwähnenswert ist ein Fall, der unter dem Bilde einer Pityriasis rosea marginata migrans auftrat. Weiterhin sei auf 2 Fälle hingewiesen, bei denen viele medaillonartige Herde confluierten und so zur Entwicklung von guirlandenförmigen Krankheitsherden führten.

Nicht so selten wiesen die Pityriasis rosea Efflorescenzen Komplikationen auf. So zeigten in 4 Fällen die Efflorescenzen hämorrhagischen Charakter. Häufig, nämlich in 40 Fällen, wiesen die Krankheitsherde eine urticarielle Note auf. Zuweilen fanden sich an den Pityriasis rosea Efflorescenzen starke entzündliche Veränderungen, wobei es dann zur Bläschenbildung und zu crustösen Auflagerungen kam.

In der Mehrzahl der Fälle vollzog sich die Abheilung der Pityriasis rosea ohne Zurücklassung irgendwelcher Folgeerscheinungen. Nur ausnahmsweise blieb eine Pigmentierung zurück, in einigen Fällen wurde nach der Abheilung Lichenifikation im Bereich der Krankheitsherde beobachtet. In 5 Fällen konnte nach Verschwinden der Herde das Zurückbleiben eines Leukoderms festgestellt werden. Bei den Efflorescenzen, die urticariellen Charakter auf der Höhe der Entwickelung der Krankheit aufwiesen, konnte man während der Abheilung eine zigarettenpapierähnliche Felderung der Oberhaut beobachten.

In ungefähr 5 % der Fälle beobachtete man eine allgemeine oder eine lokale Drüsenschwellung, die nicht durch Lues oder eine andere Erkrankung erklärt werden konnte. In diesen Fällen wurde die Drüsenschwellung in Beziehung zur Pityriasis rosea gebracht. Mitbestimmend für diese Annahme war die wiederholt gemachte Beobachtung, daß sich gerade entsprechend den am meist befallenen Körperregionen lokale Drüsenschwellungen fanden

Die Beschwerden, die die Patienten infolge ihrer Erkrankung an Pityriasis rosea empfinden, sind sehr gering. Die meisten treibt nur das Bestehen der Hautveränderungen zum Arzt, einige die Furcht, daß sie an einer schweren Krankheit litten, andere wieder sind Syphilophoben. So sind bei 300 Patienten der erfaßten 647 keine Angaben über subjektive Beschwerden gemacht. Am meisten klagen die Patienten über Juckreiz, der oft schon durch die noch allein bestehende Primärplaque ausgelöst wird. Oft steht das Jucken so im Vordergrund, daß es die Patienten allein zum Arzt treibt, ohne daß sie selbst die Hautveränderungen bemerkt haben. Hieraus erklärt sich zum Teil auch die häufige Behandlung mit Scabiesmitteln, die oft von in Hautkrankheiten weniger erfahrenen Aerzten vorgenommen wird. 30 Patienten, das sind ca. 5 % der Gesamtfälle, klagten über fortdauerndes starkes Jucken, weitere 30 klagten über geringes periodisch auftretendes Jucken. Eine Patientin wurde besonders gegen Morgen durch starkes Jucken geplagt. 11 Patienten hatten besonders nachts und bald nach dem Zubettgehen unter ihrem Juckreiz zu leiden. 150 Patienten klagten über dauerndes aber mäßiges Jucken der Efflorescenzen. 100 Patienten gaben, befragt ausdrücklich an, daß sie kein Jucken verspürten. Selten haben die Patienten andere Beschwerden, nur 2 klagen über Schmerzen; eine Patientin erklärte, daß sie sich oft reiben müsse, um das lästige Gefühl zu besänftigen.

Die Prognose der Pityriasis rosea ist im allgemeinen gut. Vielfach wird aber die Prognose, wie Herr Professor Arndt in seinem Kolleg zu sagen pflegt, getrübt durch unrichtige ärztliche Maßnahmen. Garnicht so selten werden bei Pityriasis rosea dann mehr oder minder differente Salben und Arzneimittel verordnet, die eine stärkere Entzündung sowohl der Einzeleffloreszenzen als auch der Umgebung hervorrufen. Von den erfaßten 647 Fällen war in 40 Fällen eine derartige sekundäre Reizung festzustellen. Diese Fälle wurden als Pityriasis rosea irritata bezeichnet. Als Ursache der Reizung in diesen 6 % der Gesamtfälle werden neben unbekannten Salben und Flüssigkeiten angegeben: mehrmals graue Salbe, Calomel-Jodsalbe, weiße Präcipitatsalbe, Perubalsam, Scabiessalben und andere Krätzemittel, Teerseife, Seifeneinreibungen, Salolseifenspiritus, Spiritusaufpinselungen, Jodtinktur und Lyso-

form. Nicht so selten fand man eine entzündliche Reizung der Pityriasis rosea infolge von Höhensonnenbestrahlung oder infolge Verabfolgung von heißen Bädern.

Auch sonst findet sich manchmal eine Komplikation des Krankheitsbildes der Pityriasis rosea. So ist immer wieder einmal verzeichnet, daß eine Reizung der Pityriasis rosea eingetreten wäre durch Wiederanlegen von frisch gekauften ungewaschenen Kleidungsstücken. In einigen Fällen war das Krankheitsbild kompliziert durch zahlreiche Kratzeffekte, Pyodermien und Furunkel; dies waren Fälle, bei denen heftiger Juckreiz bestanden hatte. In einigen seltenen Fällen konnte das ursächliche Moment, das die Akuität der Pityriasis rosea und die manchmal vorhandene Dermatitis der Umgebung erklärt hätte, nicht aufgefunden werden.

Eine Uebersicht über die Dauer des Bestehens der Pityriasis rosea aus einer größeren Reihe von Fällen ist anhand der gegebenen Krankengeschichten leider nicht erzielbar, da Angaben über die Dauer der Erkrankung fehlen. Trotz vieler und eindringlicher Ermahnungen, sich im Verlauf und am Ende der Krankheit nochmals vorzustellen, bleibt die Mehrzahl der Patienten weg, wenn eine Besserung der Erkrankung eintritt.

Im allgemeinen dauert die Erkrankung ohne jede Behandlung 6 Wochen. Die Therapie beschränkt sich auf das Fernhalten aller reizenden und differenten Mittel, die Verordnung von milden Salben (weiche Zinkpaste) odern Pudern mit Talkum. Bei Einhaltung dieser therapeutischen Maßnahmen kommt die Pityriasis rosea meist in Kürzerer Zeit (2—3 Wochen) zur Abheilung.

Differentialdiagnostisch sind eine Reihe von Hauterkrankungen zu erwägen. Insbesondere ist häufig die Differentialdiagnose gegenüber dem seborrhoischen Ekzem in Betracht zu ziehen. Rein morphologisch ist es dann dem seborrhoischen Ekzem gegenüber oft sehr schwierig, wenn nicht unmöglich, den Fall zu klären. Das plötzliche exanthematische Auftreten, der weitere Verlauf der Erkrankung, insbesondere das Abklingen der Krankheitserscheinungen ohne erneutes Wiederaufflackern oder Wiedererscheinen eines ähnlichen Ausschlages, die Ausbreitung am Stamm und oberen Drittel der Extremitäten, ohne besondere Bevorzugung der mittleren Rumpfanteile, sprechen in Zweifelsfällen für eine Pityriasis rosea. Weiterhin kommt garnicht so selten differentialdia-

gnostisch gegenüber Pityriasis rosea eine Pilzerkrankung meist trichophytären Charakters in Frage. Besonders muß diese Erwägung bei Pityriasis marginata ähnlichen Krankheitsherden angestellt werden. Nur der immer wieder negative Pilzbefund und das Sterilbleiben der Kulturen können oft einen derartigen Fall diagnostisch klären. Häufig sind es auch Fälle, die sich unter feuchten Umschlägen entwickelt haben und die dann an Pilzerkrankungen denken lassen. In seltenen Fällen ist auch einmal eine Differentialdiagnose gegenüber der Psoriasis vulgaris zu stellen. So ist besonders erwähnenswert eine infiltrierte miliare Pityriasis rosea, die klinisch sehr an eine miliare Psoriasis erinnerte, und bei der nur unter Zuhilfenahme der histologischen Untersuchung die Diagnose gestellt werden konnte. Auch ist es hie und da schwer, Pityriasis rosea gegenüber einer maculösen oder papulösen Lues abzugrenzen, nur die Gesamtuntersuchung auf Lues und schließlich auch die Zuhilfenahme der histologischen Untersuchung konnte uns in dem einen oder anderen Falle Klarheit geben. Im übrigen sei bei dieser Gelegenheit erwähnt, daß wir in einer großen Reihe von Pityriasis rosea Fällen (50 Fälle) die Efflorescenzen systematisch auf Pilze untersuchten und vielfach auch Kulturen angelegt haben, stets mit negativem Erfolg.

Es ist gelegentlich behauptet worden, daß Syphilis für eine Pityriasis rosea disponiert bezw. daß man bei Syphilitikern häufiger als bei anderen Individuen Pityriasis rosea findet. Aus diesem Grunde wurde auch in dem von mir durchgearbeiteten Material ganz besondere Aufmerksamkeit auf diesen Punkt verwendet. Leider fehlen in vielen der verarbeiteten Notizen ausdrückliche Angaben über Fehlen luetischer Erscheinungen bezw. das Fehlen luetischer Infektionsmöglichkeit, so daß aus dem weiter unten angeführten Zahlenmaterial keine sehr weitgehenden Schlüsse in Bezug auf die möglichen Beziehungen beider Erkrankungen gezogen werden können. Bei 47 Patienten waren entweder Residuen abgelaufener syphilitischer Prozesse nachweisbar oder ihre Anamnese wies eine syphilitische Infektion auf bei gleichzeitiger positiver Wassermann Reaktion

In der folgenden Tabelle sind die luetischen Symptome der betreffenden gleichzeitig an Pityriasis rosea erkrankten Patienten zusammengestellt.

Alter:	Anamnese:	W. R.	S.-G.	Bestehendes Exanthem	Residuen	Organsyphilis	Kuren
			Männer.				
19 Jahre				Papeln ad anum et penem, Ulcus (P. A.)		Angina specifica	–
21 Jahre	Vor einiger Zeit Ulcus a. Glied mit Drüsenschwelg.						
25 Jahre	Inf. vor $^1/_2$ J. P. A. excidiert						seronegetiv behandelt
20 Jahre	Vor $^1/_2$ Jahr Infektion			Lues II	Pigmentierungen an Unterextr.		1 Kur
22 Jahre	Lues I vor 1 Jahr		—				15 Salv. 27 Hg. Spritzen
21 Jahre	Inf. vor 1 Jahr		+ vor 2 Mon.				1 Kur
27 Jahre	Inf. vor 1 Jahr						vor 6 Wochen komb. Kur
17 Jahre	Inf. vor 1 Jahr						8 Salv. Spritzen
29 Jahre	Inf. vor 2 Jahren						1 Schmierk.
26 J.	Vor 2 Jahre papulöses Exanthem	—	—				Lues latens 2 Neosalv. Kuren 3. unterbrochen
23 Jahre	Vor 3 Jahren Exanthem Lues II.					Plaques an d. Zungenspitze u. Unterseite	4 komb. Kuren letzte vor 3 Mon.
23 Jahre	Vor $3^1/_2$ J. Schanker						4 Kuren
39 Jahre							letzte v. 2 J. Vor 2 J. Hg. u. Salv. Kur
30 Jahre	Inf. vor 4 J. Vor 2 Jahren Exanthem						Lues latens Lues latens 5 Kuren
33 Jahre	Inf. vor 5 J.	—	—				
31 Jahre	Inf. vor 6 J.	+	+				

Alter	Anamnese	W. R.	S.-G.	Bestehendes Exanthem	Residuen	Organsyphilis	Kuren
26 Jahre	Inf. vor 7 J.						Vor 6 J. 4 S. 10, Calomelspritzen
21 Jahre		++++	−				Lues latens
31 Jahre		−	−				Lues latens
32 Jahre		−	−				5 Kuren
30 Jahre	Vor 12 J. Inf.			Condylomata lata am After			2 komb. Kuren
34 Jahre					Leukoplakie der r. Unterlippe		7 Hg., 1 komb. Kur
46 Jahre					Schankernarbe am Glied	Lues spinalis	Vor 2 J. komb. Kur
55 Jahre					Schankernarbe am Glied		Lues latens
34 Jahre	Inf. vor 15 J.	Vor 3 J. —	—				3 komb. Kur. 2 Salv. Kur.
38 Jahre	Vor 18 J. Lues Inf.	—	—				
52 Jahre	Vor 20 J. Wunde a. Glied						
43 Jahre	Inf. vor 18 J.	—					4 Schmierkuren
75 Jahre	Frau hatte Aborte	++++				Mesaostitis luica	
35 Jahre	Inf. vor 18 J.	—	—				
				Frauen:			
23 Jahre	positiv	++++		P. A. spirochäte pallida +			
34 Jahre	Maritus Inf. vor 2 J.						
28 Jahre	Vor 3 J. Inf.						
21 Jahre							4 Kuren
32 Jahre			++				Vor 5 J. 2 komb. Kuren Lues latens

Alter	Anamnese	W. R.	S.-G.	Bestehendes Exanthem	Residuen	Organsyphilis	Kuren
33 Jahre		—	—				5 Kuren
31 Jahre		—	—				5 Kuren
25 Jahre	positiv	—	—				
44 Jahre	Inf. vor 11 J.	+++	—			Mattigk. u. Schwindelgefühl	1 komb. Kur Lues latens
34 Jahre							Vor 12 J. komb. Kur Lues latens
44 Jahre							
29 Jahre	positiv	++					
41 Jahre	Mann an Paralyse gestorben					Pupillenstarre	
29 Jahre	Vor 13 J Inf.	—	—				3 Kuren
37 Jahre	Inf. vor 15 J.	++++					
34 Jahre	Inf. vor 16 J.	++++	++++				2 Kuren 7 Spritzk. letzte vor 13 Jahren
9 Jahre	Eltern luetisch						1 Kur.

Die Tabelle weist 30 luetische Männer gegenüber 17 luetischen Frauen auf. Bei Männern fand man also häufiger als bei Frauen eine Kombination von Pityriasis rosea mit Lues.

Außerdem konnten aber noch in einer Reihe von Fällen, in denen weder klinisch nachweisbare Zeichen einer bestehenden oder abgelaufenen Lues vorhanden waren, in denen ferner auch die Anamnese keinerlei Anhaltspunkte für syphilitische Ansteckung ergab, serologische Veränderungen im Sinne einer stark positiven Wassermannschen Reaktion bzw. Sachs-Georgi Reaktion nachgewiesen werden.

Alter u. Geschlecht d. Patienten		Wassermann	Sachs-Georgi
Männlicher Patient,	27 J. alt	++++	++++
	30 J. alt	++++	++++
	25 J. alt	++++	++++
	53 J. alt	++++	++++
	30 J. alt		+++
Weibl. Patienten	40 J. alt	++++	++++
	27 J. alt		++++
	27 J. alt		++++
	30 J. alt	++	
	32 J. alt	++	
	25 J. alt	++	
	28 J. alt	++	
	25 J. alt	++	
	19 J. alt	++	
	21 J. alt		++

Bei dem 53-jährigen Patienten wurde zweimal während seiner Krankheit eine Nachprüfung der Reaktion angestellt und stets der gleiche positive Ausschlag der Reaktion festgestellt.

Es ist natürlich bei Beurteilung dieser Befunde sehr schwer, eine latente Syphilis mit absoluter Sicherheit auszuschließen. Wäre letzteres möglich durch fortlaufende Kontrolle der Reaktionen, die in unseren Fällen leider nur einmal während der ganzen Beobachtung der betreffenden Patienten angestellt werden konnte, dann wäre natürlich die Frage zu erörtern, ob sich auch bei Pityriasis rosea gelegentlich eine nicht als Ausdruck syphilitischer Erkran-

kung zu bewertende positive Wassermann-Reaktion findet. Diese Tatsache wäre unter Umständen von praktischer speziell auch forensischer Bedeutung, besonders in Berücksichtigung der Tatsachen, daß gelegentlich die klinische Unterscheidung von Pityriasis rosea (geringe Schuppung, blaßrote Fleckbildung) und syphilitischer Roseola Schwierigkeiten machen kann.

Von allen Patientinnen bestand bei 6 Frauen Gravidität. Eine 38-jährige im II. Monat, die außerdem oft an Stuhlverstopfung litt, eine 24-jährige im VI. Monat, eine 25-jährige im VII. Monat eine 26-jährige im VIII. Monat und eine 24-jährige im VIII. Monat. Letztere gab auf das Bestimmteste an, vor 5 Monaten angeblich schon einmal an derselben Hautkrankheit erkrankt zu sein, angeblich sollen sich damals die Hauterscheinungen nach 5—6 Wochen zurückgebildet haben. Als Nebenbefund war bei dieser Erkrankten zugleich eine Soorerkrankung der Vulva und Portio festzustellen.

4 Patientinnen waren anämisch und litten an Fluor. Eine 17 Jährige, eine 18 Jährige und eine 28 Jährige gaben sogar an, daß der Fluor mit Beginn ihrer Hautkrankheit zum ersten Male aufgetreten sei.

Bei 3 Patientinnen war eine Struma vorhanden, eine wurde deshalb seit langer Zeit mit Jodtropontabletten behandelt.

Ein 21-jähriger Patient war Diabetiker, die Pityriasis rosea hatte bei ihm einen urticariellen Charakter.

An aktiver Tuberkulose litten 3 Patienten, eine 28-jährige Frau mit einer starken Schallabschwächung über der linken Lungenspitze. Ein 51-jähriger Patient wies multiple Herde in der Lunge auf und hatte dabei einen negativen Pirquet, ein 40-jähriger Mann war 16 Wochen lungenkrank. Bei Verdacht auf Tuberkulose ergab in 5 Fällen die klinische und röntgenologische Untersuchung einen negativen Befund. Der Pirquet, der bei 50 Patienten angestellt wurde, fiel immer negativ aus; nur bei einer Patientin fiel er positiv aus, ohne daß hierbei eine tuberkulöse Organerkrankung festzustellen war.

Die Untersuchung auf Albumen und Saccharum im Harn ergab bei mehreren hundert Fällen ein negatives Resultat.

Eine 24-jährige Patientin war angeblich Bluter, sie bekam schwer stillbare Blutungen beim Zahnziehen, zeigte bei leichte-

stem Druck Blutflecke in der Haut und hatte im Munde zahlreiche Petechien.

Die verschiedensten Krankheiten als Nebenbefund wiesen folgende Patienten auf: Ein 28-jähriger Patient hatte seit einem Jahr einen Magenkatarrh, eine 25-jährige Patientin litt an chronischer Obstipation, eine 33-jährige Patientin hatte Gallensteine eine 33-jährige Frau hatte ein Pleuraempyem, eine 21-jährige Patientin war gleichzeitig an schwerer Angina erkrankt, bei einer 20-jährigen Patientin bestand eine Ozäna, ein 28-jähriger Patient hatte seit 3 Jahren einen Kehlkopfkatarrh, eine 27-jährige Patientin litt an einer schrumpfenden Parametritis, 2 Patientinnen klagten über klimakterische Beschwerden, ein 11-jähriges Mädchen war neuropathisch und ein 6-jähriges war wegen einer Nervenlähmung gleichzeitig in der Nervenklinik in Behandlung. An Gonorrhoe litten 10 Patienten, 4 Frauen und 6 Männer, von den letzteren 2 an chronischer Gonorrhoe.

Neben Pityriasis rosea konnten wir gleichzeitig eine Reihe anderer Hauterkrankungen feststellen. So einmal Pediculosis capitis, einmal Pediculosis vestimentiorum, in 2 Fällen Phtirii, einmal Scabies, einmal urticarielles Exanthem durch Mückenstiehe, zweimal Lichen simplex chronicus ani.

In 12 Fällen litten die Patienten gleichzeitig an Furunkulose, 3 Patienten hatten eine Akne vulgaris.

Eine Reihe von Patienten wiesen neben typischer Pityriasis rosea mit negativem Pilzbefund gleichzeitig Pilzerkrankungen auf. So war bei 3 Patienten gleichzeitig eine oberflächliche Trichophytie festzustellen. Bei 2 Patientinnen wurde eine durch Pilze verursachte interdigitale Mykose, bei 2 weiteren Patienten ein Erythrasma und bei einem Patienten als Nebenbefund eine Pityriasis versiclor aufgefunden.

Bei 6 Patienten war gleichzeitig neben der Pityriasisr osea ein seborrhoisches Ekzem an den medialen Anteilen des Stammes vorhanden. 3 Patienten wiesen neben der Pityriasis rosea am Stamm und Extremitäten ein seborrhoisches Ekzem des Gesichtes und des Kopfes auf, bei 14 Patienten war gleichzeitig mit Pityriasis rosea eine Seborrhoea capitis vorhanden.

Psoriasis vulgaris hatten neben der Pityriasis rosea 5 Patienten, Naevi verschiedener Art wiesen mehrere Patienten auf; je

einmal fanden sich bei Patienten neben der Pityriasis rosea Xanthelasmata palpebrarum, Alopecia areata barbae, Keratosis pilaris, Herpes genitalis, Verrucae seniles.

Am Ende meiner Arbeit ist es mir vergönnt, noch ein seltsames interessantes Vorkommnis mitzuteilen.

Herr Dr. Schwartzkopf, Assistent der Berliner Universitäts-Hautklinik, beobachtete im Dezember 1924 bei seiner Tätigkeit als Theaterarzt in einem der größten Operettentheater Berlins bei 15 Balleteusen das ziemlich gleichzeitige Auftreten der Pityriasis rosea, nachdem dieselben neue Kostüme, die aus Paris gekommen waren, angelegt und einige Abende getragen hatten. Die Kostüme bestanden aus einem Wollstoff, auf den buntgemalte Gaze aufgenäht war. In liebenswürdiger Weise teilte mir Herr Dr. Schwartzkopf sein Untersuchungsresultat mit.

7 Patientinnen waren von den anderen in ihrer Arbeit und sonstigen Tätigkeit stets getrennt, befanden sich in der Garderobe stets eine Etage höher und kamen nie mit den anderen in Berührung. Aus Furcht, wegen ihrer Hautkrankheit entlassen zu werden, hatten sie sich täglich dick gepudert. 2 Damen hatten später Aerzte in der Stadt aufgesucht und erfahren, daß sie eine harmlose Schuppenkrankheit hätten. Bei allen 7 Patientinnen war die Krankheit schon im Abklingen, ihr Körper wies nur noch wenig fleck- und scheibenartige Efflorescenzen auf; alle 7 gaben an, daß sie zwar einen Juckreiz verspürt hätten, aber sonst nicht ernstlich durch Krankheit gestört worden wären. Bei den übrigen 8 Patientinnen bestanden die Krankheitsherde ziemlich frisch. Es waren noch keine therapeutischen Maßnahmen getroffen worden.

Bei den 8 Patientinnen ergab die Untersuchung folgendes Resultat:

Merin K. 15 J.

Anamnese: Nie ernstlich krank gewesen, trinkt rohe Milch, seit 4 Wochen Ausschlag, der ohne Beschwerden und Fieber aufgetreten.

Lokalisation u. Aussehen der Primärplaque: 3-M.-Stückgroße runde P. p. in der rechten Lumbalgegend 2-fingerbreit v. der Wirbelsäule.

Zeit, die die P. p. allein bestand: nicht bekannt

Lokalisation der Efflorescenzen: Linke Axillargegend Rücken bis zu den Scapulagegenden, Brust parasternal befallen.

Aussehen der Efflorescenzen: Teils rotfleckförmig, teils ringförmig, teilweise bis 2 M.-Stückgroße Medaillons. Alle Herde zentral schuppend.

Nebenbefund: Seborrhoe des Kopfes.
Beschwerden: Juckt.

2. Käthe B. $14^1/_2$ J.

Anamnese: Vater † an Tbc. Pat. vom Schularzt vor 2 J. für lungenkrank erklärt; trinkt keine rohe Milch. Seit 4 Wochen Ausschlag, ohne Fieber aufgetreten.

Lokalisation und Aussehen der Primärplaque: 1 M.-Stückgroße hellrote P. p. in der rechten Axillargegend.

Zeit, die die P. p. allein bestand: Nicht bekannt.

Lokalisation der Efflorescenzen: Brust, Rücken, rechte Axillargegend Beugeseite der Oberschenkel u. Oberarme bis zum oberen Drittel befallen.

Aussehen der Efflorescenzen: Ueberall runde oder ovale rotbraune Flecke.

Drüsenschwellung, Komplikation: Occipitaldrüsen tastbar.

Nebenbefund: Sehr blasse u. zierliche Pat.

Beschwerden: juckt wenig.

3. Lola C. 16 J.

Anamnese: Trinkt keine rohe Milch. Beim Auftreten des Ausschlages vor 3—4 Wochen etwas erkältet.

Lokalisation und Aussehen der Primärplaque: P. p. nicht feststellbar. (Multiple P. p. ähnliche 5 M-Stückgroße Medaillons an der Brust.)

Zeit, die die P. p. allein bestand: 14 Tage.

Lokalisation der Efflorescenzen: Rücken, unterhalb der Scapulagegend Lumbalgegend, Bauch u. Inguinalgegend.

Aussehen der Efflorescenzen: Scheibenförmige, wenig schuppende, zentral heller werdende Efflorescenzen; die größeren Herde sind meist von erbsengroßen fleckförmigen umgeben.

Beschwerden: Keine.

4. Frieda Sch. 17 J.

Anamnese: Als Kind angeblich Rachitis. Sehr nervös, ist angeblich dauernd erkältet, rote Flecke auf d. Brust seit Jahren. Seit einigen Wochen Ausschlag.

Lokalisation u. Aussehen der Primärplaque: Multiple 2 im Durchm. 4:3 cm große ovale, rotbraune ödematose, zentral schuppende u. heller werdende Scheiben am unteren rechten Ende des Stammes.

Zeit, die die P. p. allein bestand: Nicht bekannt.

Lokalisation der Efflorescenzen.: Sternalgegend, beide Axillargegenden u. Rücken, Scapulagegend, Inguinalgegend.

Aussehen der Efflorescenzen: Blaßrote Papeln, z. T. pfennig- bis markstückgroß, vielfach konfluierende Scheiben, zentralgelblich rot mit Schuppung nach dem Rand zu.

Drüsenschwellung, Komplikation: Nackendrüsen bohnengroß.

Nebenbefund: Seborrhoea capitis Rötung sämtl. Gelenkbeugen. Blasse Gesichtsfarbe, blasse Schleimhaut. Clavikulagruben eingezogen, Pirquet +/+

Beschwerden: juckt.

5. Ella S.

Anamnese: Nie krank gewesen. Keine rohe Milch. Kein Schreck. Seit 3 Wochen Ausschlag.

Lokalisation und Aussehen der Primärplaque: 5 M.-Stückgroßer, zentralschuppender Herd in rechter Oberbauchgegend..

Lokalisation der Efflorescenzen: Sternalgegend, u. Seiten des Rumpfes, 3eckiges Feld unterhalb des Nabels, Rücken i. d. Kreuzbeingegend.

Nebenbefund: Naevi im Gesicht u. am Rumpf.

Beschwerden: Unangenehmes Kribbeln.

6. Thea D.

Anamnese: Keine rohe Milch, schreckhaft. Gleichzeitig mit Beginn der Menstr. Auftreten des Ausschlags an Körper und Lippen. Zeit des Bestehens unbekannt.

Lokalisation u. Aussehen der Primärplaque: Ovale P. p. vom Durchm. 3:2 cm auf der rechten Oberbauchgegend. Gelbrötliche Farbe, zentral blaß und schuppend.

Lokalisation der Efflorescenzen: Brust, vornehmlich Sternalgegend, Oberbauch und Rücken.

Aussehen der Efflorescenzen: Gelblichrote Flecke u. Scheiben, die confluierend und meist schuppend sind. Auf Rücken streifenförmige Anordnung. Einzelne Kratzefflorescenzen.

Nebenbefund: Narbe v. Appendixoperation.

Beschwerden: Juckt abends.

7. Maria F. 17 J.

Anamnese: Nicht schreckhaft, trank früher rohe Milch. Seit 14 Tagen Ausschlag.

Lokalisation u. Aussehen der Primärplaque:

Ovaler 2:1 cm großer gelbbräunl. Herd oberhalb der rechte Gesäßbacke, nicht schuppend.

Lokalisation der Efflorescenzen: Stamm, Beugeseite d. Oberschenkels u. Oberarme. $^1/_3$.

Aussehen der Efflorescenzen: Blaßrote gelbbräunliche Scheiben und Papeln, überall leicht schuppend, teils von hellroten Kratzstellen durchzogen.

Beschwerden: juckt stark.

8. Ella K.

Anamnese: Kein Schreck. Keine rohe Milch. Vor 8—10 Tg. Auftreten des Ausschlages m. Fieber u. Mattigkeit.

Lokalisation u. Aussehen der Primärplaque: Nicht sicher feststellbar.
Lokalisation der Efflorescenzen: Stamm, Hals, Innenseite d. Arme u. Beine.
Aussehen der Efflorescenzen: Teils gelblichbräunliche Scheibenform teils blaßrote, rundliche bis pfennigstückgroße Papeln.
Nebenbefund: Seborrhoe d. Kopfes, schmächtige Patientin, angeblich magenkrank.
Beschwerden: Juckt

Die Erkrankten wurden mit Puder bezw. weicher Zinkpaste behandelt, wobei in 14 Tagen die Pityriasis rosea ohne irgendwelche Folgezustände abheilte. Die Kostüme der Patientinnen wurden gewaschen und die wollenen Anteile herausgetrennt.

Als Anhang noch einzelne Krankengeschichten, die das eine oder andere ungewöhnliche symptomatische Moment aufweisen und die mir der Direktor der Berliner Universitäts-Hautklinik, Herr Professor Arndt, in liebenswürdigster Weise aus seinen eigenen Tagebüchern zur Verfügung stellte.

O. R., Arbeitersohn, 10 J. alt, 12. 4. 24.
Beginn plötzlich vor einer Woche auf der Brust mit roten Flecken, die juckten. Am Tage vorher hat Pat. ein neu gekauftes ungewaschenes Sporthemd (Baumwolle) über sein Leinenhemd angezogen. An demselben Tage hatte er auch infolge größerer Körperanstrengungen auf einem Ausflug stark geschwitzt.
Befund: Keine Primärplaques. Zahlreiche, ausschließl. hanfkorngroße Elemente bis 1 M-stückgroße „Medaillons" von gelblichbräunlichem Farbenton, wenig infiltriert, sind ausgesät über Hals, Bauch, Rücken, Oberarme und symmetrisch über die Oberschenkelansätze

Frau L. J., Restaurateurfrau. 3. 4. 24.
Beginn vor 3 Wochen. Sehr schnelle Ausbreitung. Beinahe über Nacht. Patientin hat 4 Wochen lang wegen Magenschmerzen zu Hause krank gelegen und feuchte Umschläge auf die Magengegend gemacht. Unmittelbar danach Auftreten des Ausschlages. Mäßiges Jucken.
Befund: Typisches Bild der Pityriasis rosea. Keine Trichophytie oder Epidermophytie.

Telefonistin 23. 10 24.
Begin 14 Tage nach Gebrauch eines neuen ungewaschenen Badetuches.
Befund: Befallen ist ausschließlich die vordere Schultergürtelgegend. Später Ausbreitung auf die Oberarme. W. R. negativ. S.-G. —.

Frau A. M., 44 J. alt, Portiersfrau. 4. 10. 24.
Patientin gibt an, viel rohe Milch zu trinken. Keine Darmstörung,

keine neue Wäsche. Beginn vor 6 Tagen am rechtenn Oberschenkel mit erbsgroßem Herd, am nächsten Tage Ausbreitung auf Bauch und Brust.

Frau M., Kaufmannsfrau. 30. 8. 24.

Beginn vor 14—16 Tagen, mit Jucken, dann trat eine 1-Pfennigstückgroße, kreisrunde, rote Stelle auf. Patientin hat ein neues, vor Gebrauch nicht gewaschenes Nachthemd vor 4 Wochen getragen. Auch in neuer nicht gewaschener Bettwäsche im Hotel geschlafen. Ferner trank Patientin viel rohe Milch. Allmähliche Ausbreitung.

Befund: Befallen linke Halsseite und Schulter. Meist Medaillonform. W. R. — S.-G. —

Frau M. Sch., Tischlersgattin. 28. 5. 24.

Pat. bekommt alle 2 Monate recidivierenden Herpes der linken bezw. rechten Gesäßbacke, Dauer des einzelnen Ausbruchs 14 Tage, Ehemann vor 20 Jahren Schmierkur. Im Ambulatorium von Prof. Joseph 6—7 jahre behandelt. Keine Fehlgeburten. 1 Kind, zart. W. R. —, W. R. des Ehemannes auch —. Beginn der Pityriasis rosea vor 14 Tagen an Bauch mit 1-pfennigstückgroßem, blaßrotem, in der Mitte gelblichen Fleck, der sich allmählich vergrößerte, einige Tage darauf kleine und kleinste Flecke.

Befund: Primärplaque Bauch rechts. Lokalisation in Leistengegend und Bauch. Auf Brust und Rücken spärlicher, nur 2—3 „Medaillons." Die meisten Herde linsen- bis erbsengroß, rötlichbräunlich. Retroauriculare und submaxillare Drüsen geschwollen.

Am 12. 6. Herde bedeutend abgeblaßt, aber immer noch vorhanden und deutlich. Dauer bisher 5 Wochen.

Frl. A. H., Kriminalassistententochter, 17 J. alt. 1. 9. 24.

Seit 3 Wochen Ausschlag, der juckt, nachdem Pat. sich gepudert hat. War verreist, im Massenquartier (Jugendheim) m. wollener Decke zugedeckt. Vor 4 Wochen neuen Badeanzug getragen, der vor dem Gebrauch nicht besonders gewaschen worden war. Pat. hat in letzter Zeit viel rohe Aepfel gegessen. Beginn an der Brust, allmähliche Ausbreitung von „oben nach unten", in letzter Zeit schnellere Entwicklung, nachdem der Pat. eines Nachts übel geworden war.

Befund: Primärplaque Brust, „Medaillon" 2 M-Stückgroß. Dieselbe bestand 8 Tage isoliert. Lokalisation Mitte der Oberschenkel, Bauch, Brust, Rücken, Hals, Nacken, hier Andeutung eines Leukoderms. Stellenweise Abblasung der Herde. W. R. — S.-G. —.

A. T. 44 J. alt, Bankdirektor.

Beginn vor 14 Tagen an den Füßen (Fußrücken), Sohle und Zehen zunächst frei. Sehr starker Juckreiz. Seit 8 Tagen Ausbreitung auf die Hände. Trockene Herde. Ausschlag hat an den Füßen be-

gonnen, 2 Tage nachdem Pat. neue vor dem Gebrauch nicht besonders gewaschene baumwollene Strümpfe angelegt hatte. Anamnese o. B. keine Geschlechtskrankheiten. Verschlimmerung durch Sulf. praec. 4,0 ungt. Wilsonii ungt. lenien. aa. ad 50,0.

Befund: Atypische Pityriasis rosea, Lokalisation Fußrücken, Fußsohle, Penisschaft, Kreuzbeingegend, Fingerkuppen.

F. R., Stenotypistin, 35 J. alt. 25. 9. 24.

Inf. durch Badehandtuch möglich. (Badeanstalt): in 6 Präparaten keine Pilzelemente.

Befund: Atypische Pityriasis rosea, Lokalisation ausschließlich Vorderfläche des Schultergürtels. W. R. —, S.-G. —.

6. 10. weitere Ausdehnung der Pityriasis rosea.

Kombination mit atypischer Psoriasis vulgaris oder Acrodermatitis chron. continua suppurativa Hallopeau. Als Nebenbefund: Befallen Nagelglied und Nägel des linken Zeige- und Mittelfingers, des rechten Daumens und Mittelfingers, Ferner am linken Hacken talergroßer, scharf begrenzter exfolierender Herd. Haut trocken, stark juckend. Nägel gelblich gefleckt. Besteht seit einem $^1/_4$ Jahr

H. H., 10 J. alt, Eisenbahnertochter, 10. 5. 24.

Beginn plötzlich vor 8 Tagen an Brust und Rücken; sehr schnelle Ausbreitung, mäßiges Jucken, besonders abends. Wollwäscheanamnese negativ.

Befund: Keine Primärplaque, keine typischen „Medaillons". Sehr dichte Eruption bis bohnengroßer und pfennigstückgroßer Elemente symmetrisch auf Brust, Bauch, Rücken, Hals, sogar im Gesicht, an oberen Augenlidern und im inneren Augenwinkel. Behaarter Kopf zeigt bis erbsengroße schuppende Herde. Arme und Beine vollkommen frei. Entwickwicklung, Farbe, zentrale Schuppung sprechen für Pityriasis rosea. Lokalisation auf behaartem Kopf und im Gesicht und das psoriasiforme Aussehen eines Teils der Effloreszenzen machen das Bild etwas ungewöhnlich. Die Schuppen vielfach wie bei Pityriasis lichenoides chronica; am Hals pigmentfreie Papen als Vorläufer eines Leukoderma colli — sehr schneller Rückgang nach weicher Zinkpaste.

21. 5. Nur am Auge und Kopf noch mäßige Schuppung. Das sehr reichliche Exanthem am Rumpf ist völlig abgeheilt unter Hinterlassung hellbräunlicher Flecke. Am Halse Leukoderma colli.

E. H., Pianobauer, 22 J. alt, 14. 6. 24.

Beginn vor 6 Wochen unter dem rechten Ohr mit 2-Pfennigstückgroßem etwas erhabenem, schuppenden Fleck. Diese Stelle blieb 3 Tage lang isoliert (Primärplaque). Dann analoger Herd hinter linkem Ohr, 14 Tage später Hals usw. befallen. Pityriasis rosea trat beim Patienten

5 Tage nach Abklingen eines Herpes zoster dorsoabdominalis auf. — Mit 12 Jahren hatte Pat. Gelenkrheumatismus, seitdem vitium cordis. Struma seit dem 16. Lebensjahr. Wollhemd Anamnese negativ.

Befund: Ungewöhnliche Lokalisation. Am stärksten befallen Hals und Bartgegend, hier bis markstückgroße blaßrote, schuppende Herde; an oberer Rumpfhälfte und Oberarmen kleine, zentralschuppende gelblichbräunliche Elemente, typisch für Pityriasis rosea. Alle Herde symmetrisch angeordnet. Mäßiges Jucken. W. R. —, S.-G. —. Nebenbefund: Eczema seborrh. Pityriasis capitis. Pityriasis rosea sur séborrhéique.

Eisenbahnertochter, 11 J. alt. 26. 6. 24.

Beginn vor 3 Wochen an der rechten Seite, dieser Herd hat 8 Tage lang bestanden, ehe sich die anderen Flecke in rascher Folge entwickelten. Am 21. 2. hat Pat. ein weißleinenes, neues ungewaschenes Hemd angezogen, weil sie an dem Tage geimpf wurde. 8 Tage später wurde sie auf den juckenden Fleck an der rechten Seite aufmerksam. Jedoch kann derselbe auch schon früher entstanden sein.

Befund: Primärplaque 2 M-stückgroßes „Medaillon" an der rechten Seite. Lokalisation: Seitenfläche des Thorax, Umgebung der Achselhöhle, Umgebung des Genitale; kleinere central schuppende Flecken am Hals, hier Andeutung von Leukoderm.

E. S. 53 J. alt.

Beginn vor 17 Tagen am Bauch mit erbsengroßen blaßroten, sehr stark juckenden Flecken. Sehr schnelle Ausbreitung. Pat. ist sehr nervös. Vor ca. 6 Wochen hat Pat. eine neue seidene Unterhose ungewaschen angelegt (lange Inkubation). Pat hat die Hose nur einmal angehabt.

Befund: am Unterbauch große flächenhaft confluierende Herde. W. R. — S. G. —. Erhebliche Besserung durch weiche Zinkpaste.

Frau M. W. 48 J. alt. Postassistentenfrau. 26. 10. 24.

Beginn plötzlich vor 10 Tagen. Sehr schnelle Ausbreitung, mäßiges Jucken. 8 Tage vorher hatte Pat. eine baumwollene Unterjacke gekauft, die sie ungewaschen 4 Tage lang getragen hat, ehe der Ausschlag ausbrach.

Befund: Sehr dichte Eruption linsen- bis haselnußgroßer Herde, zahlreiche unvolständige Medaillons. Befallen Brust, Bauch, Rücken, Innenfläche der Oberarme, Oberschenkel bis Knie symmetrisch. Keine Drüsenschwellung. W. R. — S. G. —

Rückgang ungewöhnlich unter Konfluenz zu großen, eine umfangreiche Partie einnehmenden blaß bräunlichen, gleichförmigen Flächen z. B. an den Oberschenkeln.

Kind 11 J. alt. 7. 6. 23.

Beginn vor 8 Tagen.

Befund: Primärplaque an der linken Rumpfseite, bestand 4 Tage

isoliert. Befallen seitliche Teile des Rumpfes, Unterbauch und Innenfläche der Oberschenkel. Leicht erhabene, linsen-, bis 2 M-stückgroße „Medaillons".

Z. . . . 7. 5. 24.

Beginn vor 4 Tagen, sehr schnelle Ausbreitung über den ganzen Körper. Vor 2 Monaten hat Pat.. neue wollene Maccounterwäsche ungewaschen angelegt und 2 Wochen lang getragen.

Befund: keine Primärplaque, keine Medaillons. Auf Brust, Bauch, Rücken, Ansatz der Arme und Beine stecknadel- hanfkorn- linsen- bohnengroße Elemente, rosa mit einem Stich ins gelbliche, mit centraler Schuppung. Herde leicht erhaben urticariell geschwollen, Gesicht frei, dagegen Hals auch etwas befallen. Pat. muß sich reiben, um das Gefühl des Brennens zu besänftigen.

Frau E. B. 41 J. alt, Arbeiterfrau.

Beginn vor 5—6 Tagen. Pat. bemerkte den Ausschlag erst, als er über den ganzen Rumpf, Arme und Beine ausgebreitet war; sie spürt nur abends Jucken, am Halse empfindet sie es stärker. Pat. ist Heimarbeiterin, sie arbeitet wollene Westen usw. probiert dieselben mitunter auf dem „bloßen Leibe" an. Sehr nervöse Pat.

Befund: Sehr reichliche und dichte Eruptionen symmetrisch auf Hals Brust, Bauch, Rücken, Ansatz der Oberschenkel, auf Ober- und Vorderarmen bis zur Mitte. Ebenfalls an den Unterschenkeln vereinzelte Efflorescenzen, unterhalb der rechten Kniekehle kleines „Medaillon". Sonst durchschnittlich linsen- bis bohnengroße rundliche, teils ovale, teils streifenförmige, blaß rosa bis gelblichrosa gefärbte, deutlich erhabene ödematöse urticarielle Elemente mit sehr geringer und nicht durchgängiger centraler Schuppung. Trotz der urticariellen Note der Efflorescenzen nur sehr geringes Jucken. Nur mäßiger Dermographismus. W. R.— S. G. —

A. N., Hausdiener, 20 J. alt. 16. 6. 24.

Vom 23. 4.—23. 5. lag Pat. wegen Lungenentzündung im Virchowkrankenhaus. (Brustumschläge). Keine Trichophytie, keine Epidermophytie. Beginn vor 6 Tagen an der Brust, allmähliche Ausbreitung.

Befund: Nur auf der oberen Rumpfhälfte, auf der Brust bis zum linken Rückenrand, Rücken besonders zwischen den Schulterblättern ausschließlich 2 M—5M-stückgroße Kreise und Medillons von gelblich rötlicher Farbe, kaum infiltriert. An der Peripherie stecknadelkopfgroße rote, weiche Knötchen, kaum infiltriert. Abends Jucken. Keine Drüsenschwellungen. W. R. — S. G. —

Frl. . . . kaufm. Angestellte 18 J. alt. 4. 4. 24.

Beginn vor 3—4 Wochen mit talergroßem Fleck am linken Oberschenkel, 14 Tage später an der Leistengegend, Rumpf und Hals zahl-

lose lebhaft rote, schuppende Flecke, die sehr stark juckten. Vor 6—8 Wochen hat Pat. wegen Bronchialkatarrh ein baumwollenes, frisch aus dem Laden bezogenes und vor Gebrauch nicht gewaschenes Unterhemd angelegt.

Befund: Efflorescenzen an Rumpf, Bauch, Rücken, besonders Leistenbeuge und Hals hinauf hinter die Ohren.

Immer noch starkes Jucken trotz Puderbehandlung.

24. 4. 24 Besserung durch weiche Zinkpaste.

A. F. 14-jährige Waise. 13. 4. 23.

Beginn vor 5 Wochen mit Fleck am rechten Bauch, 4 Wochen später allgemeiner Ausbruch plötzlich, juckend.

Befund: Primärplaque, oval 2 M-stückgroß am Unterbauch rechtes. Lokalisation Rumpf. Die Herde weisen eine atypische psoriasiforme bezw. an Pityriasis lichenoides chronica erinnernde Schuppung auf.

R. B. Stud. techn.

Beginn vor 13—14 Tagen mit stecknadelkopfgroßen, sehr stark juckenden, dunkelroten Elementen auf der Brust, schnelle Ausbreitung. Vor 4—5 Wochen legte Pat. ein neues ungewaschenes Netzhemd an und trug es 8 Tage. Negative Luesanamnese.

Befund: Sehr akute, an ein Arzneiexanthem erinnernde Veränderung, vielfach auch wegen der glänzenden Oberfläche der meist stecknadelkopfgroßen Knötchen an akuten Lichen ruber planus erinnernd. Fast ausschließlich an Rumpf und Penis lokalisiert. In der Leistenbeuge und über den Hüften zu großen, düster roten, wenig schuppenden Flächen konfluierend. An der Beugefläche der Arme spärliche Elemente. Die Herde weisen nur vereinzelt medaillonartige Schuppensäume auf. Etwas schmerzhafte Schwellung der Achsel und Leistendrüsen. (Radcliff Crocker). W. R. ++ S.-G. —

Frl. G. St. Kontoristin, 21 J. alt. 3. 6. 24

Beginn vor 14 Tagen mit einem Herd an der rechten Schulter, der einige Tage isoliert blieb; dann allmähliche Ausbreitung, kein Jucken. Wäscheanamnese negativ.

Befund: Ca. 20 bis 2 M-stückgroße, regellos zerstreute Herde, meist „Medaillons", an Brust, Bauch und Rücken.

E. H., Kaufmann, 11. 6. 24.

Seit ca. 14—16 Tagen mäßig juckender Ausschlag, mäßig schnelle Ausbreitung. Der Ausschlag entwickelte sich kurze Zeit, nachdem Pat. ein Zephirhemd neu, ungewaschen angelegt hatte. Vor $1\frac{1}{2}$ Jahren Gonorrhoe

Befund: An Brust, Rücken, Oberarmen, Bauch und Oberschenkeln symmetrisch sehr zahlreiche Elemente, zahlreiche streifen- und medaillonförmige Herde. Auch Gesicht und Hals befallen, hier jedoch Veränderungen weniger charakteristisch.

W. R. — S.-G. ++++.

E. R. 12 J. alt. 6. 2. 23.

Beginn vor 10 Tagen mit einem Fleck unterhalb der rechten Achselhöhle. 2 Tage später Ausbruch eines rotfleckigen Ausschlags.

Befund: Wegen der Folgen einer Scabiescur nicht leicht zu erkennen. Pityriasis rosea urticata (Arndt).

13. 2. 23 Linsen- bis markstückgroße quaddelartige Flecke, punkt- und kreisförmige Herde mit stellenweis minimaler zentraler Schuppung.

Kind $2^1/_2$-jährig. 6. 6. 23.

Typ. Pityriasis rosea urticata.

E. H. 40 J. alt, Lokomotivführer. 15. 6. 23.

Beginn vor 2 Monaten mit ca. 5 M-stückgroßem Herd im Rücken, der 4 Wochen isoliert blieb, dann Ausbreitung auf obere Brustpartien, linkes Schienbein und Innenfläche des linken Kniegelenks. Keine Seborrh. Ekzem, keine Syphilisanamnese.

Befund: Pityriasis rosea hämorrhagica (Arndt). Starke ödematöse Schwellung mit geringer epidermidaler Veränderung einzelner Herde, namentlich der am Rücken über dem rechten Schulterblatt lokalisierten $5^1/_2$:3 cm messenden Primärplaque. Die Herde weisen eine stärkere Braunverfärbung und hämorrhagische Note auf, die besonders an Unter- und Oberschenkeln deutlich ausgesprochen ist u. z. T. in hämorrhagischer Umwandlung mehr typischer Pityriasis rosea Efflorescenzen, z. T. in Form von linsen- bis erbsengroßen Flecken aus stecknadelkopfgroßen Petechien besteht, z. T. als isolierte punktförmige Blutaustritte, letztere namentlich in der Kniekehle bemerkbar werden.

Alle Uebergänge von Blutflecken zu punktförmig oder diffus hämorrhagischen Pityriasis rosea Efflorescenzen vorhanden. Im ersteren sieht man die Blutpünktchen z. T. nur am Rande in Form eines feinen Kranzes, z. T. über die ganzen Efflorescenzen verteilt.

18. 5. 23. Purpura annularis teleangiektodes Majocchi. Uebergang des einen Bildes in das andere — fait de passage — im wahrsten Sinne des Wortes.

An Brust und Rücken typisch rückgebildete Efflorescenzen, gelb, bräunlich, gefältelt, pfennigstückgroß. Um die Primärplaque finden sich am Rande des bräunlichen „knittrigen" Herdes frische punktförmige Hämorrhagien. Am Unterbauch und Innenfläche der Unterschenkel. Uebergang von Pityriasis rosea Herden in Purpura annularis teleangiektodes, die sich an der Innenfläche der Kniegelenke, Streckseite, Seiten- und Hinterfläche der Unterschenkel, außen an der „Hinter- und Vorderfläche" der Oberschenkel in typischer, reiner Form präsentiert; unregelmäßige Verteilung und gruppenartige Anordnung zu pfennigstückgroßen und umfangreicheren Flecken. Die primären Efflorescenzen sind stecknadelkopfgroße, dunkelrote Fleckchen und ebenso gefärbte, miliare deutlich tastbare, mäßig derbe Erhebungen. Ringbildung stellenweise sehr deutlich auch „Medaillon" und „Streifenform". An den Füßen einzelne erbsengroße

Flecke. Behaarter Kopf, Gesicht, Hände, Handgelenke frei. Schleimhäute frei. W. R. — S. G. — Alb. — Sach. —

Frl. . . . 26 J. alt stud. mus. 5. 9. 24.

Seit 8 Tagen Ausschlag auf Brust, Bauch u. Rücken. Anamnese in Bezug auf Wäsche etc. negativ. Befund: Brust Bauch, Rücken u. Oberschenkel symmetrisch befallen von gelblich, bräunlichen, ovalen bis länglichen Flecken, die auf dem Rücken leicht gefältelt sind.

W. R. — S. G. —

Frl. L. M. 32 J. alt, Heimarbeiterin. 4. 9. 24.

Beginn vor 3 Wochen unterhalb der linken Brust mit einem isolierten 2 M-stückgroßem „Medaillon". 8 Tage vergingen, ehe die anderen Flecke in ziemlich schneller Folge sich ausbreiteten. Vor 8 Wochen neue Bluse. Seit Mai 23 in Behandlung wegen Lungenkrankheit, z. Zt. wenig Nachtschweiße, früher stärker und mehr, Besserung durch Tuberkulinkur. Pat. hat früher Lues gehabt.

Befund: typ. Pityriasis rosea.

10. 9. Unter Talcum ausgesprochene Rückbildung, am Rücken fast nur noch gefältelte Flecke.

W. R. ++ S.-G. —

. . . 48 J. alt, Händler. 15. 4. 24.

Beginn vor 4 Wochen mit 2-fingernagelgroßen blaßroten, glatten, später schuppenden Flecken am Bauch. Alle paar Tage Ausbruch neuer Herde. Kein Jucken. Pat. hatte vor 4 Wochen ein neues Unterhemd (Tricotgewebe) ungewaschen angelegt. 3 Tage später bereits „flohstichartige", nicht juckende Flecke, die sich weiter entwickelten. Luesanamnese negativ.

Befund: Stark befallen Brust, Bauch, Schweißrinne und untere Partien des Rückens, Kreuzbeingegend. Seit 8 Tagen auch Vorderfläche der Unterschenkel. Auf Ansatzstellen der Oberarme und Oberschenkel kaum angedeutet. Ungewöhnlich zahlreiche „Medaillons" 3:2 cm, stellenweise auch zu großen 9—10 cm im Durchmesser messenden Herden (Handtellergroß) confluierend. Centrum ist schwach bräunlich gefärbt, Fältelung der Haut angedeutet, mit oder ohne Hornfranse. Ringmedaillonförmige Herde mit $^1/_2$—1 mm breitem lebhaft rotem entzündlichem Saum. Letzterer ist entweder gleichförmig erythematös oder aus miliaren, weichen, roten Knötchen zusammengesetzt. Diese finden sich auch isoliert zwischen den größeren Herden. Keine allgemeine Drüsenschwellung, keine Schleimhautveränderungen. Seit 3 Tagen Rückgang der Herde nach weicher Zinkpaste, während sich unter Chrysarobinzinkpaste der Prozeß dauernd ausgebreitet hatte.

Frau . . . . 28 J. alt, Gärtnersfrau.

Beginn vor 4 Wochen mit 5 M-stückgroßem Fleck, der oval war und rötlich aussah, unterhalb des linken Schlüsselbeins. Dieser Fleck be-

stand 8 Tage isoliert (Primärplaque). Schnelle Ausbreitung, ein Fleck entstand nach dem anderen. Infektion durch neue Bluse wahrscheinlich.

Befund: Symmetrische Lokalisation an Hals, Brust, Schultergürtel. Neben der Reizung der Efflorescenzen besteht Dermatitis nach Höhensonne.

Zum Schlusse sei es mir gestattet, dem Direktor der Universitäts-Hautklinik Berlin, Herrn Professor Arndt, für die Anregung zu dieser Publikation, die Ueberlassung des reichhaltigen Materials und seine freundlichst erteilten Ratschläge zu danken. Ferner nehme ich Gelegenheit, Herrn Dr. Gottron für seine Bemühungen herzlich Dank zu sagen.

Literatur.

Almkvist. Dermatolog. Zeitschrift 1924. Bd. XLI. Heft 1—2..

Arzt u. Fuß, Wien. Dermatol. Zeitschrift. Juni 1924. Bd. XLI. 3.

Barduzzi. Roseola pitiriaca (Pit. rosea di Gibert) Giorn. ital. delle mal. ven. et della pelle 1889. I. Ref. im Arch. f. Dermat. u. Syph. 1890 XII.

Bechet. Pit. rosea with lesions on the face resembling seb. dermatitis. Archiv of dermat. a. syph. Bd. VIII. Nr. 4 1923.

Besnier. De l'analogie qui existe entre certains cas de Pityriasis rosé de Gibert et l'eczema séborrhéique. Annales 1889, p. 108.

Besnier et Doyon, Pityriasis rosé de Gibert. Traduction.

— Pathologie et traitement des maladies de la peau par le prof. Kaposi — Appendice des traducteurs. Paris 1891.

Besnier et Jacquet, Pityriasis rosé de Gibert. Examen histolog. Annales 1889. p. 338.

Behrendt. Ueber Pityriasis rosea (Gibert) maculata et circinata (Bazin). Berl. Klin. Wochenschrift W. 1886 p. 38.

Blaschko. Pityriasis rosea. Lubarsch-Ostertag, Ergebnisse IV. Jahrg. 1899.

Boeck C. Pityriasis rosea. Norsk Magazin for Laegewidenst 1888.

Brocq. Note sur la plaque primitive du pityriasis rosé de Gibert. Annales de Derm. et Syph. 1887. p. 615.

— Archiv für Dermatologie und Syphilis. 1888 XX. p. 284.

Buschke. Leukoderm nach Pityriasis rosea. Dermat. Wochenschrift 1923 Bd. 76, S. 15.

Chapart. La roséole sqameuse dans ses diverses formes. Thèse de Paris 1885.

Duhring. Lehrbuch für Hautkrankheiten.

Feulard. Roseolo syphilitique et Pityriasis rosé. Archiv f. Derm. und Syphilis 91. XXIII. p. 785.

Fournier. Pityriasis rosé. Bulletin de la soc. franc. de dermat. et de syphilig. 29. Nov. 1888. Annales 1889.

Gibert. Traité pratique des maladies de la peau. 1860.

Holsten. Pityriasis maculata et circinata (Pityriasis rosé Gibert). The Brooklyn med. Journal 1892 Sept.

Isaac. Archiv für Dermatologie und Syphilis, 92. XXIV. S. 895.

Jadassohn. Disc. über den augenblicklichen Stand der Hyphomycosen Lehre. IV. Congr. der Deutsch. Dermatol. Gesellsch.. 1894.

Waelsch. Zur Anatomie des Favus. Arch. f. Dermatologie u. Syph. 1895 Bd. 31.
Wolf-Mulzer. Handbuch der Hautkrankheiten.

Lebenslauf.

Ich, Werner, Karl, Gottlieb Feske, wurde als erster Sohn des damaligen Postassistenten Johannes Feske und seiner Ehefrau Anna Feske geb. Böttcher, am 20. März 1902 in Saalfeld, Kreis Mohrungen in Ostpreußen geboren und im selben Jahre evangelisch getauft. Als ich im fünften Lebensjahre stand, verlegten meine Eltern ihren Wohnsitz nach Berlin-Weißensee, wo ich auch noch jetzt wohne.

Nach dreijährigem Besuch der hiesigen Vorschule wurde ich in das Weißenseer Reformrealgymnasium als Schüler aufgenommen und bestand im Jahre 1920 das Abiturium.

Am 7. Mai 1920 wurde ich als Studierender der medizinischen Fakultät der Friedrich-Wilhelms-Universität Berlin immatrikuliert. Nach fünfsemestrigem Studium in Berlin bestand ich mein Physikum mit der Gesamtzensur „Gut". Nach weiterer fünfsemestriger Studienzeit, während der ich mich auch an städtischen und Universitätskrankenhäusern sowie am pathologischen Institut der Charité als Famulus praktisch betätigte, machte ich in der Zeit vom April bis Juli 1925 mein Staatsexamen in Berlin mit der Gesamtzensur „Gut". Seit September dieses Jahres bin ich als Medizinalpraktikant an der Berliner Universitäts-Hautklinik tätig.